

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 novembre 1900, à 1 heure

PAR

Henri PELLIZZA

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

PLAIES DE L'ÉCHANCRURE SCIATIQUE

Président M. LE DENTU, *Professeur.*

CHANTEMESSE, *Professeur.*

Juges MM. } THIROLOIX, *Agrégé.*

MAUCLAIRE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1900

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

97

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 novembre 1900, à 1 heure

PAR

Henri PELLIZZA

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

PLAIES DE L'ÉCHANCRURE SCIATIQUE

Président M. LE DENTU, *Professeur.*

CHANTEMESSE, *Professeur.*

Juges MM. THIROLOIX, *Agrégé.*

MAUCLAIRE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

ACAD.
JUGO.BAT.
BIBL.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeur-honoraire	M. POTAIN.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	N.....
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....	JACCOUD.
Clinique des maladies syphilitiques.....	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses.....	GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	FOURNIER.
Clinique ophtalmologique.....	JOFFROY.
Clinique des voies urinaires.....	RAYMOND.
Clinique d'accouchement.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WÜRTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour filial.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR H. DUBOUÉ

Médecin en Chef de l'Hospice de Pau
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Qui m'a inspiré l'amour de la médecine.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

A l'occasion d'une récente observation sur une blessure de l'échancrure sciatique, que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le docteur Mauclaire, professeur agrégé, nous avons pu nous convaincre, en parcourant la littérature chirurgicale, que beaucoup d'auteurs ont signalé et décrit les anévrysmes fessiers et en ont même tracé le tableau complet; mais en même temps, nous avons été frappé du petit nombre de chirurgiens qui se sont arrêtés à étudier les causes les plus fréquentes de ces anévrysmes; nous voulons parler des plaies artérielles des vaisseaux, qui, sortant du bassin par l'échancrure sciatique supérieure ou grande échancrure sciatique, viennent se ramifier et s'anastomoser dans la région fessière. Ces vaisseaux sont au nombre de trois :

Artère fessière.

- ischiatique.
- honteuse interne.

A ces trois vaisseaux, il convient d'ajouter leurs veines collatérales, les nerfs qui suivent plus ou moins exactement le trajet de ces artères et qui sont :

Le nerf fessier.

- grand sciatique.
- petit sciatique.
- honteux interne.

Nous avons aussi recherché si l'instrument vulnérant, au lieu de s'arrêter au niveau de l'échancrure sciatique, après avoir produit des lésions extra-pélviennes, pénètre plus avant dans le bassin et vient blesser les organes contenus dans la cavité pelvienne, tels que vessie, rectum, intestin grêle, péritoine, etc. Et nous avons été assez heureux pour en trouver quelques observations.

D'où deux ordres de lésions parfaitement définies que nous allons étudier dans les plaies de la région de l'échancrure sciatique :

1^o Plaies superficielles, non pénétrantes ou extra-pélviennes;

2^o Plaies profondes, pénétrantes ou intra-pélviennes.

Après avoir étudié l'étiologie et les symptômes de ces lésions, nous en donnerons la marche et nous insisterons principalement sur les complications et le traitement qui a, depuis une vingtaine d'années, fait de grands progrès grâce à la rigoureuse antisepsie qui guide le chirurgien dans toutes les interventions abdominales.

Arrivé au terme de nos études médicales, et au moment de quitter cette faculté, nous ne saurions nous soustraire au devoir de rendre ici un public hommage de reconnaissance à ceux de nos maîtres dont la bienveillance et les conseils dévoués ont été pour nous un si précieux auxiliaire.

Nous adressons tout particulièrement l'expression de

notre vive et bien sincère gratitude à M. le docteur Maurice, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale et dont les conseils ne nous ont jamais fait défaut.

A M. le docteur de Grandmaison, qui a bien voulu nous honorer de son amitié.

A M. le docteur Cuffer, dont nous avons longtemps suivi l'intéressant service de l'hôpital Necker et aux leçons cliniques duquel nous sommes redevables de nos connaissances médicales.

A M. le docteur Reynier, dont nous n'oublierons jamais les soins particulièrement dévoués qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant notre séjour à Lariboisière et dont nous lui gardons une éternelle reconnaissance.

A M. le professeur Pinard, chez lequel nous avons fait notre stage d'accouchement.

A M. le docteur Nimier, professeur au Val-de-Grâce, et à M. le docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux, qui, avec une bienveillance dont nous ne saurions trop les remercier, nous ont fourni des éléments importants pour notre thèse.

A M. le docteur Paul Delbet et à notre ami M. Menet, interne des hôpitaux, qui ont bien voulu nous communiquer quelques observations personnelles.

Enfin à M. le professeur Le Dentu qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Quelques considérations anatomiques sur la région fessière

Avant de commencer l'étude pathologique des plaies artérielles de la fesse, il nous a semblé utile de donner un aperçu anatomique de la région dans laquelle sont situées ces artères. Nous étudierons ces vaisseaux dans leurs trajets et leurs rapports. Il sera ainsi, semble-t-il, plus facile de se rendre compte de la nature et de l'étendue des lésions et aussi des complications auxquelles donne lieu la présence d'organes situés dans le voisinage.

Nous empruntons ces données anatomiques au remarquable traité d'anatomie topographique de M. le professeur Tillaux, qui décrit ainsi cette région :

« La région fessière a pour limite : en haut, la crête
« iliaque ; en bas, le pli fessier ; en dehors, une ligne
« étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure au grand
« trochanter ; en dedans, le sacrum et le coccyx. »

Nous allons étudier les divers plans qui composent cette région, mais, au lieu de nous conformer à l'ordre généralement suivi en anatomie topographique, c'est-à-dire

à étudier les couches d'une région en allant de l'extérieur vers la profondeur, il nous a semblé préférable de commencer dans la profondeur pour aller vers l'extérieur. Nous avons, en effet, pensé qu'avant de décrire les vaisseaux, il est plus logique de décrire la région qu'ils traversent et les organes sur lesquels ils reposent.

Nous étudierons donc les plans de la région fessière dans l'ordre suivant :

1° Le squelette et les ligaments sacro-sciatiques.

2° En haut la fosse iliaque externe, en bas le petit fessier, qui ne recouvre qu'une partie de cette fosse.

3° Le moyen fessier, et sur le même plan, les muscles pyramidal, jumeaux, obturateur interne, carré crural et la partie supérieure du troisième ou grand adducteur. C'est également dans ce plan que se trouvent les vaisseaux sciatiques entourés d'une couche cellulo-graisseuse lâche et abondante.

4° Le muscle grand fessier et une portion du moyen fessier

5° L'aponévrose fessière.

6° La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée.

7° La peau.

Étudions-les successivement, en insistant plus particulièrement sur les couches qui intéressent notre sujet.

1° Les deux échancrures qui existent sur le squelette, entre le sacrum et l'os iliaque, sont converties par les deux ligaments sacro-sciatiques en deux trous d'inégale grandeur et que l'on nomme à tort, grande et petite échancrures sciatiques.

A travers ces échancrures sortent les vaisseaux et nerfs, qui se distribuent à la fesse et à la face postérieure de la cuisse. Par la grande échancrure sciatique s'engagent : le muscle pyramidal qui la remplit en grande partie, l'artère fessière, les nerfs fessiers, l'artère ischiatique, l'artère honteuse interne, le nerf sciatique et du tissu cellulaire. La petite échancrure donne passage : au tendon du muscle obturateur interne, à l'artère et au nerf honteux interne.

Les vaisseaux et nerfs de la fesse occupent la couche celluleuse abondante et très lâche située en avant du muscle grand fessier ; ce sont eux qui vont, pendant quelque temps, attirer plus particulièrement notre attention.

Artère fessière. — L'artère fessière est la plus volumineuse de celles que fournit l'hypogastrique. Elle sort du bassin par la grande échancrure sciatique au-dessus du muscle pyramidal et se divise presque aussitôt en deux branches : l'une *superficielle*, qui se porte entre le grand et le moyen fessier, l'autre *profonde*, qui chemine entre le moyen et le petit fessier.

Son trajet est très important. En effet la presque totalité du tronc de l'artère est dans l'intérieur du bassin. Dubreuil a trouvé sur 46 sujets des deux sexes, une longueur moyenne de 37 millimètres entre l'origine de l'artère et sa bifurcation, mais la portion extra-pelvienne du tronc ne dépasse pas 5 millimètres d'après Bouisson.

On voit donc que son trajet extra-pelvien est extrêmement court, et comme le dit M. Tillaux, si l'artère fessière est atteinte d'anévrysme (nous ajoutons : d'une plaie

quelconque), on n'aurait d'autre ressource que la ligature de l'hypogastrique.

Il importe, toutefois, de connaître la situation précise de cette artère, ainsi que les règles de médecine opératoire qui conduisent à la découvrir. Elle correspond environ au milieu du bord supérieur de la grande échancrure sciatique et se trouve située sur le trajet d'une ligne, allant de l'épine iliaque postérieure et supérieure à la moyenne de l'espace compris entre l'ischion et le grand trochanter. C'est en suivant cette ligne, qu'il convient d'inciser successivement les couches si épaisses qui la recouvrent. Les fibres du grand fessier se trouvent ainsi divisées parallèlement à leur direction. L'artère répond exactement à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la ligne. Lorsque le muscle grand fessier est complètement divisé, M. Tillaux conseille, dans les exercices de médecine opératoire, d'introduire l'index dans la plaie et d'aller à la recherche de l'échancrure ; on en rencontre le bord supérieur cintré ; l'artère est située au niveau de la partie la plus élevée de ce bord.

Diday conseille de mener une ligne du coccyx au point le plus élevé de la crête iliaque et de faire une incision perpendiculaire sur le milieu de cette ligne. On conçoit d'ailleurs que la position exacte de l'artère fessière à son point d'émergence étant connu, on puisse arriver à ce vaisseau par des incisions verticales ou obliques en sens différents.

Les *veines* fessières sont ordinairement multiples et

enveloppent l'artère de tous côtés. Celle-ci est également accompagnée du nerf fessier supérieur.

Artère ischiatique. — Elle naît de l'hypogastrique, soit isolément, soit par un tronc commun avec la fessière ou la honteuse interne. Comme volume, elle est intermédiaire à ces deux dernières. L'ischiatique sort du bassin par la partie inférieure de la grande échancrure sciatique, au-dessous du pyramidal, en compagnie de la honteuse interne et du grand nerf sciatique entre lesquels elle se trouve située, la sciatique étant en dehors. Cette artère est remarquable par le rameau qu'elle fournit au grand nerf sciatique et surtout par ses tranches anastomotiques avec les collatérales de l'artère fémorale à la partie postérieure de la cuisse. Sur une pièce déposée par Manec, à l'amphithéâtre de Clamart, cette voie anastomotique est occupée par un vaisseau du volume de la fémorale. Ces anastomoses font communiquer largement l'hypogastrique avec l'artère fémorale et constituent la principale voie pour le rétablissement de la circulation après la ligature de l'iliaque externe.

Comme la fessière, l'ischiatique peut être atteinte d'anévrysme ou de plaie. Elle correspond environ à la partie moyenne de l'espace compris entre le bord postérieur du grand trochanter et la tubérosité de l'ischion. Sappey a pratiqué sur le vivant, la ligature de cette artère, pour un anévrysme. M. Tillaux lui-même a pratiqué, avec succès, cette opération, en 1878, à l'hôpital Beaujon (v. obs. XIII).

Artère honteuse interne. — L'artère honteuse interne sort du bassin par la grande échancrure sciatique au

même point que la précédente. Elle contourne aussitôt l'épine sciatique et rentre dans le bassin, de sorte qu'elle se montre à peine dans la région fessière. Puis, elle se rend dans le périnée, où elle est située entre les deux feuilletts aponévrotiques et repose directement sur le muscle transverse profond. Elle est accompagnée par ses veines collatérales, et par le nerf honteux interne.

Grand nerf sciatique. — Continuation du plexus sacré, le grand nerf sciatique, situé en dehors de l'artère ischiatique, suit le même trajet que cette artère. A sa sortie du bassin, il est aplati et repose sur l'épine sciatique où il peut être comprimé. Lorsqu'on veut l'explorer, ou bien s'il est nécessaire de le découvrir, on le trouve à peu près à mi chemin entre le bord postérieur du grand trochanter et l'ischion, un peu plus rapproché cependant de cette dernière saillie. C'est à son émergence du bassin que siège l'un des points douloureux de la névralgie sciatique. A la suite des contusions de la fesse, il n'est pas rare d'observer un épanchement sanguin sous le muscle grand fessier ; il en résulte une compression de ce nerf et de vives douleurs qui ne disparaissent que lentement.

En même temps que les organes précédents, le nerf fessier inférieur ou petit sciatique, branche collatérale du plexus sacré, s'engage par la partie inférieure de l'échancrure sciatique, au-dessous du muscle pyramidal.

Les vaisseaux lymphatiques se divisent en superficiels et profonds : les premiers se rendent aux ganglions inguinaux. Les seconds suivent les trajets des artères et

aboutissent aux ganglions hypogastriques. On rencontre parfois des ganglions en avant du grand fessier. On pourra voir que l'artère fessière la plus volumineuse offre un très court trajet dans la région fessière, et est isolée des deux autres artères par le muscle pyramidal. Au-dessous de celui-ci se trouvent l'ischiatique et la honteuse interne presque accolées l'une à l'autre à leur sortie de l'échancrure sciatique et séparées par le nerf honteux interne. Mais tandis que l'artère ischiatique descend le long du muscle biceps en compagnie des nerfs grand et petit sciatique, la honteuse interne contourne l'épine sciatique et rentre immédiatement dans le bassin, de sorte qu'elle présente un trajet également très court dans la région fessière.

Etiologie et mécanisme.

D'après les données anatomiques que nous venons d'étudier dans le chapitre précédent, il semblerait que c'est l'artère ischiatique qui, par son long trajet dans la région fessière, semble la plus exposée aux traumatismes de toutes sortes. Nous verrons cependant, dans le tableau que nous allons tracer plus bas, que la fréquence de sa blessure est relativement minime et que c'est l'artère fessière, qui est, de beaucoup la plus fréquemment atteinte. Voici ce que nous avons recueilli sur dix-huit observations.

Plaies de la fessière : 11 fois.

— ischiatique : 2 fois.

— honteuse interne : 1 fois.

— tronc commun aux trois artères, (anomalie. obs. VIII.) 1 fois.

Il nous reste trois cas dans lesquels nous ignorons quelle est l'artère blessée, soit parce que la plaie s'est terminée par inflammation, sans intervention (obs. II), soit parce que l'intervention n'a pas porté directement sur le vaisseau blessé, mais bien sur l'iliaque interne

(obs. XV). Le nerf sciatique a été lésé dans trois cas. Quant aux lésions intra-pelviennes, elles sont ainsi réparties sur six observations :

Vessie, rectum, intestin grêle : 1 fois.

Rectum : 2 fois.

Vessie : 2 fois,

Aucun organe important : 1 fois.

Il va sans dire que nous laissons de côté les plaies produites sur ces organes par voie directe, c'est-à-dire par la paroi antérieure de l'abdomen, la région périnéale et la région anale. Nous n'envisageons dans cette étude que les lésions produites par des instruments entrant ou sortant par la grande échancrure sciatique.

Quels sont les individus les plus fréquemment atteints par ces blessures ?

Le sexe et la profession nous semblent à ce point de vue jouer un rôle assez important. En effet, sur dix-huit cas, nous trouvons une femme pour dix-sept hommes, ceux-ci étant naturellement plus exposés par leurs professions.

Mais parmi celles-ci, il est des métiers incontestablement plus exposés que d'autres à ce genre de blessure. Tels sont par exemple : les charpentiers, les menuisiers, les paveurs, les couvreurs, etc., qui ont toujours des limes, des ciseaux, des poinçons dans leur poche et qui sont, à chaque instant, exposés à glisser sur les toits ou à s'asseoir sur des clous, ou autres instruments pointus ; les militaires exposés au feu.

Toutes ces blessures ont été produites par les instruments les plus divers tels que ciseaux, trocars, limes,

faux, couteaux, canifs, baïonnettes, armes à feu, etc.

Il est un autre cas de plaie artérielle, qui bien qu'assez rare, n'en est pas moins très intéressant, c'est la plaie due à la pénétration d'une esquille provenant d'une fracture avoisinante de l'os coxal ou mieux d'une partie seulement de cet os de l'épine sciatique, par exemple, comme dans le cas cité par le professeur Tillaux et qui fait le sujet de l'observation XIII. Mais, nous le répétons, ces plaies sans porte d'entrée extérieure, sont relativement rares. Il faudra cependant se méfier, dans le cas d'une fracture de l'os coxal, surtout quand la fracture siège au niveau de l'échancrure sciatique, car la tumeur formée par l'épanchement sanguin a pu donner des méprises et faire commettre des erreurs de diagnostic desquelles dépend l'extrême gravité du pronostic. En effet, le chirurgien voyant, dans la fesse une tumeur molle, fluctuante, prendra souvent pour des abcès chauds ou froids, pour des anévrysmes spontanés. ce qui est une rupture artérielle, laquelle, si l'on n'intervient pas immédiatement, peut être mortelle. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point, dans le chapitre : diagnostic.

Maintenant, voyons par quel mécanisme se produisent ces plaies. Un instrument piquant ou tranchant pénètre dans la fesse après avoir été lancé ou enfoncé avec une certaine violence, peut glisser sur l'os au niveau de la fosse iliaque externe, et plus bas, en plein sur le muscle pyramidal, sans que les lésions soient autres que la blessure de quelques rameaux artériels ; mais ayant atteint un des gros troncs artériels, l'instrument peut provoquer les lésions suivantes :

1° L'artère peut être touchée seulement dans l'une de ses tuniques, la tunique externe, ou même dans deux de ses tuniques, externe et moyenne, sans qu'il y ait pour cela solution de continuité dans la tunique interne. Il se formera alors un anévrysme circonscrit qui suivant sa grandeur pourra passer inaperçu ou bien former une tumeur visible à l'extérieur, et déterminer des compressions douloureuses. Mais en général, dans ce cas, comme nous le disions plus haut, ces petites poches anévrysmales pourraient passer inaperçues et n'intéressent, quelquefois, la clinique que par les douleurs souvent très violentes que provoquent ces tumeurs en comprimant un des nerfs de la région.

2° Mais le cas qui nous intéresse ici, est celui où l'artère est tranchée complètement et séparée en deux tronçons, provoquant ainsi une très violente hémorrhagie immédiate. Dans le cas de blessure de la fessière ou de la honteuse interne, le bout de l'artère qui sort du bassin et qui est le bout supérieur, a une forte tendance à se rétracter, rendant ainsi, souvent, plus difficile la recherche du vaisseau lésé. Le sang s'épanche alors dans le tissu cellulaire, très abondant dans cette région, et de là pénètre dans l'intervalle que laissent entre eux les muscles fessiers et détermine une tumeur d'un volume énorme. Cet épanchement n'a pas lieu immédiatement lorsque la plaie extérieure est assez large, car le sang s'échappe alors au dehors avec violence et peut même être projeté à plusieurs mètres (V. obs. VII).

Les artères peuvent être blessées isolément, ou en compagnie de leurs branches ou de leurs veines collaté-

rales et aussi des nerfs et des vaisseaux lymphatiques qui les avoisinent.

Et enfin, comme cela se produit sur les militaires surtout, qui, par leur profession, sont plus exposés que d'autres aux balles, ces dernières peuvent rentrer ou sortir par l'échancrure sciatique et provoquer alors soit un épanchement sanguin intra-péritonéal, soit une lésion des organes contenus dans le bassin.

Symptômes

Il arrive, heureusement, que dans presque tous les cas, la gravité de la lésion et l'importance de l'hémorrhagie font que le médecin est appelé aussitôt l'accident, mais, dans les cas d'hémorrhagie peu abondante, on se contente d'un pansement légèrement compressif et on n'est souvent appelé que quelques jours, quelques semaines et même quelques mois plus tard, à l'occasion de la manifestation d'un symptôme nouveau qui peut devenir une complication sinon mortelle, du moins dangereuse.

Aussi, distinguerons-nous, dans la symptomatologie de l'affection qui nous occupe, les phases suivantes :

Première période. — Lorsqu'un individu a reçu, intentionnellement ou accidentellement, une blessure de la région fessière, et plus particulièrement d'un des trois gros troncs, fessière, ischiatique ou honteuse interne, il se déclare immédiatement une violente hémorrhagie, si violente même que parfois le sang est projeté à plusieurs mètres. Cette hémorrhagie a le caractère de toutes les plaies artérielles. Le sang s'échappe en bondissant de l'artère, il est rutilant.

Mais tout le sang ne s'échappe pas ainsi à l'extérieur ; une partie s'infiltré dans les tissus environnants et soulève les espaces qui séparent entre eux les muscles et aponévroses fessiers formant ainsi une tumeur, que l'on découvre à la palpation. On a en effet une sorte de crépitation particulière aux tumeurs sanguines.

L'aspect de la peau peut être normal dans la plupart des cas, mais il peut aussi quelquefois subir des modifications de colorations. La peau prend alors un aspect violacé ; au niveau des bords de la plaie elle est exsangue à cause des capillaires qui ont été détruits par le passage du corps vulnérant.

Cette première période pendant laquelle se forme l'*anévrisme diffus* peut durer trois semaines. Au bout d'un mois ou cinq semaines nous entrons dans la période suivante et tout anévrisme se formant après ce laps de de temps sera un *anévrisme circonscrit*.

2^e période. — Supposons maintenant qu'au lieu d'une blessure de la fessière ou de l'ischiatique, nous ayons à faire à une de leurs branches. Le jet de sang, tout en ayant les mêmes caractères que dans le cas précédent, présentera ces caractères atténués. La plaie pourra même ne laisser échapper au dehors qu'une très faible quantité de sang, dont on viendra facilement à bout avec un tamponnement ou une légère compression. Les choses resteront ainsi jusqu'au jour où, pour une cause des plus futiles, le plus léger effort, par exemple, le malade a une sensation de rupture et voit aussitôt sa fesse enfler notablement et progressivement.

Le temps au bout duquel commence à se former cette

tumeur qui n'est autre qu'une poche anévrysmale est très variable. On l'a vu le plus souvent se produire quelques jours ou quelques semaines après l'accident initial. Quelquefois le malade ne s'en est aperçu qu'au bout de quelques années. Quoiqu'il en soit, une tumeur est formée ; voyons quels en sont les principaux caractères :

En examinant le côté malade, on voit une tuméfaction qui occupe une partie ou la totalité de la fesse. En la touchant on a la sensation d'une tumeur molle, fluctuante, de la grosseur d'un œuf à celle d'une tête de fœtus, et animée de battements visibles à l'œil nu et perceptibles à la main. Ce mouvement d'expansion, isochrone au pouls peut être manifeste sur une étendue plus ou moins grande, suivant l'importance du vaisseau lésé.

La tumeur peut être également le siège d'un souffle continu, sourd, avec redoublement intense au moment de la diastole artérielle, qui s'étend sur une grande surface dans tous les sens principalement dans la direction du sacrum et de la colonne vertébrale.

Un autre signe d'une grande importance et qui ne fait presque jamais défaut, est la douleur occasionnée par la compression nerveuse. On conçoit en effet qu'une tumeur comprimant un organe comme le nerf sciatique, n'est pas sans déterminer des troubles nerveux assez importants. Le malade est couché, la cuisse à moitié fléchie et il accuse dans la fesse une douleur sourde avec irradiations lancinantes le long de la partie postérieure de la cuisse jusque vers les malléoles. Dans le trajet du petit nerf sciatique, le pied est épargné.

A propos de ces douleurs dues à une compression par

tumeur hémorrhagique, voici ce que dit le professeur Farabeuf (1).

« Toutes les tumeurs de la fesse, déterminent des douleurs sciatiques, quelquefois terribles, quelquefois bornées à de l'engourdissement, des fourmillements, de la gêne dans les mouvements, etc.

« La compression de la tumeur provoque ou exaspère ces douleurs et les malades sont fort gênés pour s'asseoir ou se coucher. »

Mais, à côté de tous ces symptômes que nous venons de décrire et que nous considérerons comme des symptômes purement locaux, il y a les symptômes généraux, qui peuvent, dans certains cas douteux, avoir leur importance, et confirmer souvent le diagnostic.

Ces symptômes généraux sont souvent très accusés. Ce sont ceux de toutes les hémorrhagies en général :

Le malade est très déprimé, il a le teint pâle, le pouls petit, la langue sèche, une soif très vive ; il arrive même qu'il peut avoir une syncope pendant laquelle l'hémorrhagie cesse, mais une fois revenu de sa syncope, le sang repart avec une nouvelle abondance et le malade est souvent arrivé à un degré d'affaiblissement tel, qu'il succombe presque toujours à ces hémorrhagies « *post-syncales* » si l'intervention se fait trop attendre.

(1) Farabeuf. Dictionnaire de Dechambre, 1878, article : Fessière.

Diagnostic

Ce que nous venons de dire, à propos de la symptomatologie, dans le chapitre précédent, nous permettra d'être bref.

Nous diviserons ce chapitre en trois parties :

1° Diagnostic au début (facile).

2° Diagnostic à une période plus avancée (beaucoup plus délicat).

3° Diagnostic du siège de la lésion.

Quant à cette dernière partie, nous pouvons, dès à présent, dire que nous n'aurons là-dessus que des présomptions plus ou moins fondées et que ce diagnostic ne pourra être établi d'une manière indubitable que lorsque on aura à intervenir directement sur le vaisseau lésé. D'autres fois, c'est à l'autopsie seulement qu'on connaît le nom de l'artère ou de l'organe blessé.

4° *Diagnostic au début.* — Nous n'insisterons pas sur ce point, car tout le monde sait, qu'en voyant s'échapper de la fesse un fort jet de sang rutilant on aura pas de doute sur la nature artérielle de la lésion. Un seul cas peut se présenter, qui serait plus difficile à diagnostiquer, ce serait celui de la plaie d'une petite branche artérielle.

Mais nous pouvons affirmer, en voyant un jet rutilant sortir avec violence d'une plaie de la fesse, qu'il y a blessure de la fessière, de l'ischiatique, de la honteuse interne ou de leurs branches,

2° Diagnostic à une période plus avancée. — Lorsque l'écoulement sanguin a été arrêté, il peut se former au bout d'un temps plus ou moins long une tumeur sanguine dont le diagnostic pourra être quelquefois des plus délicats, comme le prouvent les erreurs souvent commises par les chirurgiens.

Ici, encore, nous distinguerons deux cas : ou bien la tumeur est pulsatile et animée de battements isochrones au pouls et alors le diagnostic s'impose ; ou bien, lorsque comme dans la plupart des cas, la tumeur consiste en un vaste épanchement sanguin qui soulève et distend les téguments, sans mouvements pulsatiles et sans souffle. Or, nous savons que ces épanchements peuvent provoquer : une tumeur assez volumineuse, des douleurs le long du sciatique, des fourmillements et de l'attitude vicieuse du membre,

Nous aurons donc à faire le diagnostic différentiel avec : toutes les tumeurs de la fesse, en général, et particulièrement, avec les sarcomes et ostéosarcomes de la fesse, les lipomes, anévrysmes spontanés, ruptures musculaires, hernies musculaires, abcès chauds, abcès froids, ou par congestion, sciatiques, névromes et coxalgie au début.

Lorsque, en l'absence de tout commémoratif, le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur de la fesse, il pourra penser à un sarcome, à un ostéo-sarcome. Mais ces tumeurs ont d'abord une évolution très lente, et une

consistance plus dure que les plaies qui nous occupent, Celles-ci au contraire se font presque instantanément. Un beau jour, le malade sent comme une rupture et voit alors sa fesse augmenter de volume ; de plus, la consistance en est molle et fluctuante.

Quant aux anévrysmes spontanés, surtout lorsque les renseignements font défaut, il sera très difficile de les différencier. Mais il est bien rare qu'un malade ne se souvienne pas avoir reçu une blessure dans la région fessière. L'absence ou la présence de plaie nous dira donc si l'on a à faire à un anévrysme spontané ou à un anévrysme traumatique.

Les ruptures et les hernies musculaires, bien qu'assez rares dans cette région, méritent cependant un examen attentif et minutieux. La sensation et l'étendue de la lésion pourraient les faire confondre avec les plaies artérielles, mais nous le répétons, ces lésions musculaires sont rares dans cette région et une ponction exploratrice proprement faite nous permet de déceler, s'il y a, ou non, du liquide dans la tumeur.

Mais parmi les tumeurs qui ont donné lieu au plus grand nombre d'erreurs de diagnostic, ce sont assurément les abcès. Dans l'observation de M. Tillaux et dans celle de Heydenreich, les tumeurs avaient été ouvertes comme abcès. Et, de fait la sensation que l'on rencontre dans une tumeur sanguine ressemble bien à celle qu'on a en palpant un abcès. Dans les deux cas, c'est une tumeur fluctuante et molle. Et ce qui rend souvent la méprise plus excusable, c'est que les poches sanguines peuvent s'enflammer et donner lieu à des symptômes fébriles. Bon

nombre de tumeurs fluctuantes sanguines ont été largement incisées et ce sont ces incisions seules qui ont permis de faire le diagnostic.

Dans certains cas les tumeurs sanguines d'un volume assez petit, ne se manifestent que par la douleur qu'elles provoquent le long des nerfs de la jambe. On sait que dans la névralgie sciatique, la névralgie du nerf grand sciatique est souvent associée à la névralgie du petit nerf sciatique. La douleur de la névralgie sciatique est continue et paroxystique. Elle éclate sous forme d'accès (Dieulafoy) qui sont réveillés par la marche et par la chaleur du lit. De plus, il y a des points douloureux à la pression : *point trochantérien* ; *point poplité* ; *point péronier*. Dans les cas de compression par la tumeur sanguine, ces divers points n'existent pas, ou du moins, existent avec moins de netteté. De plus en comprimant le sciatique on provoque, on exaspère cette douleur (Farabeuf). Dans la sciatique l'attitude du malade est toute spéciale : le tronc est incliné du côté opposé à la sciatique, la main du côté sain descend plus bas que celle du malade : le membre malade est à demi fléchi et le pli fessier est remonté (Charcot). Autant de signes qui sont la caractéristique de la névralgie sciatique et qui n'existent pas dans le cas d'une compression localisée.

Signalons en passant que ces douleurs pourraient également faire penser à un névrome. Le phénomène douleur et l'attitude en demi-flexion, prise par la jambe atteinte d'une tumeur sanguine pourraient faire songer à une coxalgie au début, mais un examen plus attentif

fera connaître qu'en dehors de ces deux points communs, les signes de la coxalgie sont tout à fait différents.

Mais il faut surtout compter, pour faire le diagnostic de cette lésion, avec les commémoratifs et les renseignements que donne le malade. Il faudra donc rechercher avec soin, quand on se trouvera en présence d'une tumeur de la fesse, de douleurs irradiées dans les jambes, ou d'attitudes vicieuses du membre inférieur, s'il n'y a pas une porte d'entrée permettant de reconnaître qu'un des vaisseaux de la région a été lésé.

3^o D'après ces données, nous pouvons conclure qu'il sera relativement facile de reconnaître qu'il y a plaie artérielle de la région fessière. Mais il ne sera pas aussi aisé de déterminer quelle est celle des artères qui sera atteinte. En effet, nous ne pouvons avoir, à ce sujet, que des présomptions, fortifiées souvent par la situation anatomique des blessures, mais le point d'émergence de trois artères est si voisin, que nous en sommes, la plupart du temps, réduits à des conjectures.

Nous avons vu, dans l'étude anatomique de la région qu'elle était la situation exacte des artères fessière, ischiatique et honteuse interne. Nous rappelons que la première, située plus haut que les deux autres, semble isolée au-dessus du muscle pyramidal, les deux dernières cheminant au contraire voisine l'une de l'autre au dessous de ce muscle. Elles sont également moins volumineuses que la fessière. Aussi cette dernière, étant la plus volumineuse et la plus riche en branches, donne-t-elle les hémorrhagies les plus fréquentes, les plus abondantes et les plus graves. Mais on sait que le volume des artères

est différent chez chaque individu. Tel saignera abondamment de la blessure d'un rameau artériel, un hémophylique, par exemple. On ne peut donc pas compter sur l'abondance de l'hémorrhagie, pour savoir quelle est l'artère blessée. Et d'ailleurs comment comparer cette abondance ?

La compression des trajets nerveux voisins pourrait quelquefois nous mettre sur la voie. Le nerf fessier accompagne l'artère fessière. L'ischiatique à sa sortie de l'échancrure est accompagnée par le nerf petit sciatique, puis plus bas elle se trouve entre le grand et le petit sciatique. Quant à la honteuse interne, elle est suivie par le nerf de même nom, dans le très court trajet qu'elle suit dans la région fessière. Si donc les zones innervées par ces différents nerfs sont atteintes des phénomènes de compression, on pourra en conclure, d'une façon approximative que le vaisseau atteint sera le plus voisin du nerf comprimé. Mais, nous le répétons, on ne peut avoir de certitude à ce sujet. Et d'ailleurs, nous pouvons dire que cela importe peu au point de vue du traitement, qui sera le même, quelle que soit l'artère blessée, car nous savons qu'en faisant la ligature de l'hypogastrique nous arrêtons l'hémorrhagie de ses trois branches : fessière, ischiatique et honteuse interne.

Quant aux lésions intra-pelviennes leur diagnostic sera souvent facile. Par le trajet de la balle nous pouvons voir quelle est la direction suivie ; la présence de l'urine ou de matières fécales s'écoulant par la plaie nous diront si c'est la vessie ou le rectum qui est intéressé.

Enfin des phénomènes de péritonite généralisée ne tarderaient pas à apparaître si le péritoine a été lésé.

Complications. — Marche. — Pronostic.

Les complications qui peuvent survenir sont de deux ordres :

1^o Complications locales.

2^o ———— générales.

1^o Parmi les premières, il faut citer : l'artérite et l'endartérite et les phlébites ; ces dernières surtout peuvent offrir un certain caractère de gravité à cause de la propagation dans le bassin de l'infection.

Comme il est assez rare qu'une artère soit atteinte, sans que le soit en même temps une des veines collatérales, on pourra fréquemment observer la formation d'anévrysme artérioso-veineux.

Ces lésions artérielles sont presque toujours accompagnées par un processus inflammatoire et destructeur. On voit alors les parois de l'artère s'épaissir, proliférer, le calibre du vaisseau diminuer, le sang se coaguler et l'artère se transformer en un cordon fibreux imperméable. Quant à l'anévrysme, il se produit lorsque le processus ulcératif évolue rapidement et détruit les parois de l'artère

de dehors en dedans (1). Cet anévrysme peut, sous l'influence d'une tension artérielle plus forte, se rompre et produire une hémorrhagie foudroyante.

Les artères et les veines ne sont pas les seules voies qui portent dans le bassin le processus inflammatoire. Il y a aussi, dans la région de nombreux vaisseaux lymphatiques, qui, par l'échancrure sciatique, vont se jeter dans le réseau hypogastrique. On comprendra alors facilement comment des abcès formés dans la fesse, dans la région de la fosse iliaque externe, peuvent fuser dans le bassin où ils peuvent donner lieu à des troubles très graves.

Quant aux nerfs ils pourront être le siège de névralgies et de névrites que nous avons étudiées dans le chapitre précédent.

L'articulation coxo-fémorale, grâce à son voisinage de l'échancrure sciatique, pourra également être atteinte plus ou moins directement et sera lésée, suivant la gravité de la blessure, dans ses ligaments ou dans sa synoviale, où il sera créé un *locus minoris resistentiae* qui sera le point d'appel d'affections beaucoup plus graves.

Il pourra enfin y avoir une atrophie musculaire de la région fessière et du membre inférieur, consécutive à la section des artérielles et de la névrite. Cette atrophie peut exister, sans qu'il y ait, pour cela, atrophie ou rétraction des téguments sus-jacents.

Si la lésion siège à l'intérieur du bassin, les complications n'en seront pas moins graves. Les perforations de

la vessie et du rectum peuvent donner lieu à des fistules vésicales et stercorales et être la source d'une infection généralisée. On a même pu observer la formation d'un kyste urinaire qui, trente-huit ans après sa formation a déterminé, par rupture, une péritonite grave dont le malade est mort deux jours après.

2° Quant aux complications générales, elles sont celles de toutes les plaies un peu graves. Il pourra se produire un affaiblissement général de l'organisme par suite de la grande quantité de sang perdu, et des syncopes pendant l'une desquelles le malade pourra être emporté. On pourra également voir survenir du tétanos et chez les alcooliques des crises de *delirium tremens*.

Maintenant que nous connaissons les complications auxquelles peuvent donner lieu les plaies artérielles de la fesse, voyons ce que deviennent ces lésions et disons un mot de leur marche.

Farabeuf (1) nous dit :

« Quand une artère de la fesse est blessée, trois choses peuvent arriver :

« 1° Une guérison rapide et parfaite (rare).

« 2° Une perte de sang par la plaie extérieure abondante et répétée, au point d'être presque toujours mortelle.

« 3° La formation d'un anévryme diffus ou plus ou moins circonscrit.

Une guérison rapide et parfaite étant rare, une hémor-

(1) Farabeuf. Dictionnaire Dechambre. 4^e série, 1878. Article : Fessière, p. 763.

rhagie extérieure étant presque toujours mortelle, il ne nous reste plus, comme terminaison normale que la formation d'un anévrysme. C'est ainsi, en effet, que finissent presque toujours les plaies de cette région. Nous dirons qu'il y a anévrysme diffus quand il se forme quelques jours après la blessure. Lorsqu'il apparaît trois semaines ou un mois après, il y aura anévrysme circonscrit.

Or, rien n'est moins exempt de danger qu'un anévrysme de la fesse ; il peut, à chaque instant s'enflammer ou se rompre, et alors l'issue est presque forcément fatale.

Nous pouvons donc, dès à présent, dire que le pronostic sera grave ; il sera grave immédiatement par l'abondance de l'hémorrhagie, grave secondairement par la formation de cette poche si fragile qu'est l'anévrysme.

Mais, beaucoup plus grave sera le pronostic, lorsqu'on aura affaire à des perforations du rectum ou de la vessie. Une laparotomie immédiate peut seule atténuer la gravité du pronostic.

Traitement.

Avant de parler, ici, du traitement, qui, de nos jours nous paraît le plus rationnel, (nous voulons parler de la ligature de l'hypogastrique) nous avons pensé qu'il serait intéressant de donner, au début de ce chapitre, un aperçu général des divers traitements qui ont été institués jusque vers 1880, époque à laquelle, grâce à une rigoureuse antisepsie, on est parvenu à rendre praticables des opérations jusqu'alors considérées comme très graves en raison des accidents septiques post-opératoires dont elles étaient la source.

Dorveaux (1) à propos des cinquantes cas d'anérysmes de la fesse, qui font le sujet de sa thèse, passe en revue plusieurs formes de traitement en comparant entre eux les divers résultats obtenus.

Quelques auteurs, parmi lesquels Riberi (de Turin), ont essayé de faire de la compression directe au moyen

(1) Dorveaux. *Thèse de Nancy*, 1880.

de tampons de charpie et indirecte au moyen d'appareils compressifs spéciaux. Mais, notamment dans le cas de Ribéri, celui-ci ayant appliqué un bandage compressif, le malade put vaquer pendant trois ans à ses occupations. Au bout de ce temps, il se forma, de nouveau, une tumeur pulsatile qui fut réduite par une compression analogue à la première. Depuis, dit l'observation, on n'a pas eu de nouvelles du malade.

Il n'aurait cependant pas été sans intérêt, de connaître le sort ultérieur de ce blessé ; il faut en même temps reconnaître qu'un bandage compressif pour une blessure de l'ischiatique ne peut avoir d'utilité que comme traitement provisoire.

D'autre chirurgiens ont fait la ligature de l'artère blessée après avoir largement débridé ; parmi ceux-ci nous citerons Golding-Bird, qui fit la ligature de la honteuse interne et Murray celle de la fessière. Mais on ne se dissimulera pas les difficultés et les dangers qu'offre un tel procédé. On est obligé, en effet, de faire de très larges débridements, de pénétrer dans la profondeur des tissus jusqu'à l'échancrure sciatique et cela au milieu d'un champ opératoire inondé par une hémorrhagie incessante. Et là ne se borne pas tout le danger de l'opération. On sait, en effet, que les artères sortent du bassin par la grande échancrure sciatique, puis s'infléchissent sur les bords de cette échancrure et de là continuent leur court trajet dans la région fessière.

Or, pour peu que la blessure siège en un point de l'artère très voisin de l'os, le bout supérieur du vaisseau va se rétracter dans le bassin et on a alors une difficulté

extrême pour la saisir et encore plus pour en faire la ligature. Pendant le temps précieux que l'on perd à la recherche de l'artère, le malade continue à perdre son sang en abondance et peut même succomber à cette hémorrhagie.

Mais la plupart du temps, les traitements consistaient en expectation et en palliatifs ; on se contentait de traiter les symptômes.

Quelques-uns enfin ont eu recours à la ligature de l'hypogastrique et même à celle de l'iliaque primitive. Mais cette opération n'a été faite que comme traitement désespéré et lorsque tous les autres moyens furent épuisés.

Voici même ce qu'écrivait M. Farabeuf en 1878 (1) à ce propos :

« Certes, il est préférable, quand cela est possible, de
« lier dans la plaie l'artère blessée, plutôt que de prati-
« quer la périlleuse ligature de l'hypogastrique. Cependant
« ne vaut-il pas mieux tout tenter que se croiser les bras
« et attendre la mort du blessé ? La ligature de l'hypo-
« gastrique a été souvent suivie d'insuccès. »

Or, à quoi étaient dus ces insuccès ? Ils étaient, pour la plupart, causés par des péritonites post-opératoires auxquelles le malade succombait.

Nous savons quel était l'état de la chirurgie abdominale il y a une vingtaine d'années et nous savons aussi que, de nos jours, avec cette audace chirurgicale que permet seule l'antisepsie, nous pouvons aller à la

(1) Farabeuf. *Loco citato*.

recherche de l'hypogastrique, sans avoir à redouter les accidents septiques qui paralysaient autrefois la hardiesse des chirurgiens.

Aussi, malgré son intime voisinage avec le péritoine, la ligature de l'hypogastrique est une opération délicate, il est vrai, mais c'est aussi celle qui offre le moins de danger, qui permet d'arrêter le plus rapidement une hémorrhagie mortelle et toutes ces raisons nous en font faire le traitement de choix, pour toutes les blessures, de quelque nature qu'elles soient, des artères de la région fessière.

Pourquoi les cas de ligature de l'hypogastrique ont-ils été presque tous suivis d'insuccès ? C'est parce que cette ligature n'était faite qu'en dernier ressort, alors que tous les autres moyens avaient échoué. Elles ont donc été faites beaucoup trop tard, à notre avis, pour qu'elles puissent avoir quelque chance de succès, et le malade était, dans ce moment, dans un état de trop moindre résistance pour supporter cette opération.

Quelle sera donc, pour les plaies qui nous occupent, la conduite à tenir ?

D'abord dans les plaies extra-pelviennes, on peut se trouver en présence de deux cas :

1° L'écoulement sanguin par la plaie extérieure est très abondant ;

2° Cet écoulement est insignifiant.

1° Quand l'écoulement est considérable, on pratique une large incision au niveau de la blessure et on recherche les deux bouts de l'artère sectionnée pour en faire

aussitôt la ligature. Mais si on ne les trouve pas rapidement, on ne s'attardera pas en tamponnements et compressions inutiles, on aura recours à la ligature de l'hypogastrique.

2° Si l'écoulement est peu considérable, on peut encore se trouver en présence de deux cas bien différents par leur gravité.

a) Il n'y a pas de signes d'hémorrhagie interne.

On aura, dans ce cas, affaire à la blessure d'une branche artérielle superficielle et de petit calibre.

Le traitement consistera alors dans le repos, quelques tamponnements antiseptiques et de la compression.

b) Il y a des signes d'hémorrhagie interne.

On fera, ici, comme il est dit plus haut, on débridera et si on ne trouve pas l'artère, on fera la ligature de l'hypogastrique.

Contre la névrite du sciatique et les troubles trophiques qu'elle peut entraîner, on aura recours à l'élongation du sciatique.

Quant aux lésions intra-pelviennes, il faudra immédiatement faire la laparotomie, explorer aussi prudemment et aussi minutieusement qu'il sera possible, les organes blessés ou supposés tels. Les blessures une fois reconnues seront suturées; on évitera ainsi la persistance de fistules, de kystes urinaires, qui, par leur voisinage avec le péritoine, peuvent donner lieu à des péritonites ou autres complications communes à toutes les plaies de l'intestin.

Il va sans dire que si une violente hémorrhagie accom-

pagne ces plaies intra-pelviennes, on aura également recours à la ligature de l'iliaque interne.

Pour la technique de cette ligature, nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à l'excellent précis de manuel opératoire du professeur Farabeuf (1).

(1) FARABEUF. Précis de manuel opératoire. Quatrième édition, p. 117.

A) Observations de plaies extra-pelviennes

OBSERVATION I

Golding-Bird and F. A. Dunn. *A case of Wound of the internal pudic artery. Operation recovery.* (*Lancet-London*, 1898, 2^e vol. p. 84).

La difficulté d'appliquer une ligature sur la fessière ischiatique et la honteuse interne, à leur émergence de l'échancrure sciatique, est très grande, et il arrive souvent que la portion immédiate du vaisseau lésé se rétracte vers le pubis, de sorte qu'il est presque impossible d'atteindre l'artère qui donne.

Dans ces cas, on a conseillé de lier, au moyen d'une incision abdominale, l'*iliaque interne*, ou la branche correspondante après la bifurcation du tronc.

Heureusement que les blessures de ces vaisseaux sont rares et en particulier, celles de la honteuse interne, pendant son très court trajet dans la fesse, car elle ne rentre dans cette région que pour la quitter presque aussitôt.

Même dans le périnée, où cette artère est exposée aux traumatismes elle est très protégée à cause de sa position cachée sous la tubérosité ischiatique.

Un homme de 25 ans est admis à l'hôpital de Guy, le 25 mai 1898, pour traumatismes de la fesse droite, de la tête et de la main gauche. Pendant que cet homme était en train de peindre, il tomba à travers un abat-jour, sur l'étage inférieur

d'une hauteur environ de seize pieds. On lui trouva une blessure à la tête et à la main gauche.

Il fut immédiatement transporté à l'hôpital et admis d'urgence. Les habits et même la civière sur laquelle le malade fut transporté étaient couverts de sang.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il était très déprimé par l'hémorrhagie ; le pouls au poignet était presque imperceptible ; on lui fit immédiatement une injection hypodermique d'alcool (dix gouttes).

L'examen de ce malade a révélé la présence, dans la fesse droite, d'une large tumeur molle, qui augmentait rapidement de volume et qui était extrêmement sensible (?) ou molle au toucher. Au milieu de la tumeur il y avait une blessure pénétrante qui s'étendait droit devant jusqu'à l'os et à ce niveau, un violent jet de sang sortait de la blessure. Dans la partie du pantalon située au niveau de la blessure il y avait une déchirure en forme de L, dans laquelle on trouva un morceau de verre pointu.

Il y avait aussi une profonde blessure du cuir chevelu au sommet du crâne et deux déchirures sur la région dorsale de la main gauche.

En l'absence de M. Golding Bird, M. F. A. Dunn a vu le blessé et a immédiatement pratiqué une exploration pour s'assurer de la place de l'hémorrhagie. Il pensa que l'artère fessière avait été blessée.

Après avoir administré de l'éther, il passa une sonde dans la blessure et fit une incision d'environ six millimètres de long dans la direction des fibres du grand fessier. Cette incision avait son centre au niveau de la blessure. La blessure fut soigneusement ouverte jusqu'à l'os après avoir enlevé de nombreux caillots de sang. L'hémorrhagie fut arrêtée par la forcipressure et le vaisseau qui donnait fut soigneusement recherché. On trouva alors que l'artère honteuse interne avait été complètement sectionnée au niveau où elle croise la *tubérosité* de l'ischion. Les deux bouts béants furent suturés à la

soie, ce qui fut très difficile étant donnée la profondeur de l'artère. La blessure fut soigneusement nettoyée. Les muscles furent rapprochés par une suture continue à la soie. La peau fut réunie par des points de suture au catgut. Le malade se rétablit très bien et quitta l'hôpital le 17 juin complètement guéri de sa blessure.

OBSERVATION II

Heidenreich. — Anévrysme traumatique de la fesse. Guérison spontanée par inflammation de la poche. (Mémoire de la Société de médecine de Nancy), 1880.

Adolphe H..., 21 ans, ouvrier typographe à Pont-à-Mousson. Constitution lymphatique, raconte que le 10 août 1879, se trouvant à l'atelier, debout près d'une table, il se retourna rapidement, et que dans ce mouvement brusque, il sentit un instrument piquant lui pénétrer dans les chairs. Il venait de s'enfoncer dans la fesse gauche un grattoir long de 40 centimètres dont la lame en forme de fer de lance, peu pointue; mais très tranchante aux environs de la pointe, dépassait le bord de la table tandis que le manche y prenait un point d'appui solide contre un objet quelconque.

Immédiatement la plaie donna issue à un jet de sang rutilant. Le malade dit qu'il en perdit environ 200 grammes, et que l'hémorrhagie fut arrêtée facilement par la compression. Bientôt après il remarqua que sa fesse gauche enflait considérablement et, en y portant la main, il y perçut des battements.

Le lendemain 11 août, il garda le lit ainsi que le surlendemain. Le 13 et le 14, il fut à son atelier, comme d'habitude; la plaie était cicatrisée, mais il éprouvait dans toute la fesse des douleurs sourdes sans indication toutefois et les battements continuaient à être perceptibles.

Le 15, en éternuant, il eut une sensation très nette de rupture

dans la région tuméfiée. Le gonflement et les battements s'accrurent aussitôt et les douleurs devinrent plus intenses.

Le médecin traitant ordonna des applications de cataplasmes. Le 18, le médecin enfonçait un trocart capillaire et par cette opération donnait issue à environ 200 grammes de sang rutilant. Il exerça aussitôt une compression locale qui fut continuée jusqu'au 20.

Voyant alors que son état ne s'améliorait pas, le malade se décida à entreprendre le voyage de Nancy, pour venir à l'hôpital Saint-Léon. Il fit le trajet de Pont-à-Mousson à Nancy en chemin de fer en 3^e classe. Pendant une heure il fut assis sur un banc de bois, la région lésée se trouvant ainsi exposée au choc et à la trépidation du train en marche.

Etat actuel (27 août). — A l'examen du malade, on découvre sur la fesse gauche, considérablement tuméfiée, deux cicatrices: l'une supérieure provenant de la plaie faite par le grattoir, l'autre inférieure due à la ponction exploratrice.

La première oblique présente une forme elliptique et mesure dans les deux diamètres 6^{mm} et 3^{mm}. Distante verticalement de 10 cent. de la crête iliaque antéro-supérieure, elle se trouve à 1 cent. 1/2 ou 2 cent. environ au-dessous d'une ligne horizontale passant par cette épine et un peu au-dessous d'une ligne oblique allant de l'épine iliaque postérieure et supérieure à l'angle postéro-supérieur du grand trochanter. Enfin elle est à 4 ou 5 cent. au-dessous d'une ligne joignant les deux épines iliaques supérieures, l'antérieure et la postérieure. De toutes ces données on peut conclure qu'elle est située à peu près à un ou deux centimètres au-dessous du point d'émergence de l'artère fessière. On n'a d'ailleurs aucune donnée précise sur la direction qu'a pu suivre l'instrument en pénétrant dans les chairs.

La deuxième cicatrice est à deux centimètres au-dessous de la première.

La fesse présente un gonflement notable dont le point culminant est à 4 ou 5 cent. au-dessous de la première cicatrice. La couleur de la peau n'est pas modifiée. La tumeur est animée

de battements visibles à l'œil nu et perceptibles à la main. Les deux mains appliquées sur elle, de part et d'autre de sa partie la plus saillante, sont non seulement soulevées, mais encore fortement écartées l'une de l'autre. Il y a là un mouvement d'expansion isochrone au pouls, mouvement qui est manifesté sur une étendue de 14 centimètres en hauteur et de 18 cent. en longueur. Pas de frémissement vibratoire.

La tumeur est le siège d'un souffle continu, sourd, avec redoublement intense au moment de la diastole artérielle, lequel s'étend sur une grande surface dans tous les sens mais surtout dans la direction du sacrum et de la colonne vertébrale, où il est encore perçu à 20 cent. du point culminant de la tumeur.

Le malade est couché sur le côté droit, la cuisse gauche à moitié fléchie. Il accuse dans la fesse une douleur sourde avec indications lancinantes le long de la partie postérieure de la cuisse et de la jambe, jusque vers les malléoles. Le pied est épargné. Ces douleurs indiquent très nettement le trajet du nerf petit sciatique.

Dans le creux poplité on voit une tache ecchymotique jaunâtre que le malade dit avoir remarquée présentant la même teinte depuis huit jours après l'accident.

Le malade a le teint pâle, il a peu d'appétit et demande souvent à boire.

La langue est blanchâtre ; il n'a pas eu de selles depuis 6 jours. Le pouls est petit, régulier, et donne 75 pulsations. La température est normale. La douleur qu'il ressent dans le membre inférieur gauche le prive de sommeil.

Lavements purgatifs. Alimentations lactée (2 litres par jour), repos absolu, compression légère sur la tumeur et injections hypodermiques de morphine. La compression trop douloureuse n'est pas supportée ; on la supprime.

29 août. — Les battements sont moins forts, le souffle est moins intense ; par contre la fesse est plus douloureuse et

plus chaude au toucher. Elle semble rougir légèrement. Les irradiations dans les reins sont plus vives.

1^{er} septembre. — Tous ces symptômes sont plus accentués. Température 38°5, pouls 120.

2 septembre. — Douleurs de plus en plus vives. Injections de morphine multiples. Lavement purgatif, le malade n'ayant pas été à la selle depuis 8 jours.

4 septembre. — Les battements et le souffle ont notablement diminué. La peau présente une teinte un peu rouge. Les douleurs sont moindres. La tumeur est de plus en plus résistante.

6 septembre. — Absence de souffle et de battement. Les douleurs ont disparu.

A partir de ce jour, on ne constate plus jamais ni souffle ni battements.

Le malade étend bien la cuisse, qu'il était obligé auparavant, de tenir à moitié fléchie. Les douleurs ne paraissent plus. Le traitement n'est pas modifié. La diète et le repos au lit sont maintenus. Les injections de morphine sont supprimées.

11 octobre. — Depuis quelques jours l'alimentation est plus substantielle, mais toujours modérée. La consistance de la tumeur, qui était d'une certaine dureté, après la cessation des battements, est devenue peu à peu élastique, puis peu à peu fluctuante. Cette fluctuation est constatée depuis le milieu de septembre.

Le 11 octobre une ponction explorative est faite dans la tumeur, un peu en dehors des deux cicatrices. Aucun liquide ne peut être extrait à l'aspiration.

Un mandrin introduit dans la canule du trocart, ramène à son extrémité une matière visqueuse, rouge, paraissant être une parcelle de caillot sanguin en partie ramolli. Le trocart est retiré et l'ouverture est bouchée à l'aide d'un linge collodioné.

28 octobre. — La tumeur paraît moins volumineuse et a diminué, en réalité.

23 novembre. Le malade quitte l'hôpital. La consistance de la tumeur est toujours très élastique.

Le malade a pu reprendre ses occupations quelque temps après.

Remarques. — Si on se rapporte aux symptômes présentés par ce malade, le diagnostic ne saurait être contesté. Il s'agirait évidemment d'un anévrysme artériel traumatique. Le mode de production de la lésion, les battements, les mouvements d'expansion, le souffle, l'absence de frémissement vibratoire ne permettent pas d'avoir le moindre doute à ce sujet.

Sur quel vaisseau siégeait l'anévrysme. Les mensurations que j'ai prises, prouvent que le point où a pénétré le grattoir est situé à environ un ou deux centimètres au-dessus du lieu d'émergence de l'artère fessière. Mais nous ne savons pas exactement quelle a été la direction suivie par l'instrument dans les chairs. L'artère ischiatique émerge environ 3 cent. au-dessous de l'artère fessière. De sorte que la lésion a pu porter sur l'un ou l'autre des deux vaisseaux, ou encore sur l'une des branches de l'artère fessière. C'est même cette dernière hypothèse qui paraît la plus probable, à moins que la fessière ne présente, chez ce sujet, un trajet d'une certaine longueur après la sortie du bassin.

OBSERVATION III.

Cas de Jeffrey, de Glasgow (*Thèse* de Dorveaux.
Nancy, 1880).

L'artère fessière (du nommé M. Donald, cordonnier), avait été blessée par un clou. Il se forma une tumeur fluctuante, qui fut ouverte par un chirurgien qui crut à un abcès, mais il ne s'échappa que du sang par l'incision et M. Jeffrey, pensant que l'artère était blessée, insista sur l'opportunité de la ligature. On consulta d'autres chirurgiens, la tumeur s'ouvrit et l'hémorrhagie fut arrêtée pour le moment avec beaucoup de difficultés ; quand il fut évident que la ligature de l'artère

était indispensable, il était malheureusement trop tard. La tumeur s'ouvrait de nouveau et le patient mourut d'hémorrhagie au moment où le chirurgien s'apprêtait à opérer.

OBSERVATION IV.

Cas de Murray, publié par Guthrie (Dorveaux. *Loc. cit.*).

Le colonel Mac-Pherson avait reçu une *balle* dans la hanche.

M. Murray, chirurgien-major, appelé à lui donner des soins, constata la production d'une tumeur hémorrhagiale diffuse ; mais bien que convaincu de la nécessité de lier le vaisseau blessé, il n'osa intervenir activement. Pendant ce temps, le blessé perdait son sang et ses forces. Enfin Murray se décida à faire la ligature de la fessière. A peine l'opération terminée, le colonel expirait.

OBSERVATION V.

Cas de Riberi (de Turin) (Dorveaux, *loco citato*).

Un paysan âgé de 25 ans, a été blessé avec une petite faux, vers le milieu de l'année 1832, à la fesse droite, vis-à-vis la grande échancrure sciatique et dans le trajet de l'artère de ce nom. Cette artère a été lésée, le sang a jailli en abondance, mais on l'a arrêté à l'aide d'une forte pression ; 14 jours après la cicatrice était formée et consolidée ; au bout de ce temps, en quittant le lit, le malade éprouve le sentiment d'une forte pulsation dans le lieu blessé puis des douleurs qui l'empêchent de marcher. La fesse prend de l'accroissement et un an après le malade est reçu à la clinique.

A l'examen on trouve une tumeur pulsatile à la fesse, ainsi

qu'une cicatrice oblongue de haut en bas et de dedans en dehors de la longueur de 16 lignes dans le trajet de l'artère ischiatique, et vis-à-vis de la grande échancrure de ce nom. La fesse est d'un tiers plus volumineuse que l'artère et sillonnée par de grosses veines sous-cutanées. En portant le doigt sur la cicatrice et sur le bord osseux de l'échancrure et à quelques lignes au dedans de cette ouverture, on sent très distinctement une pulsation sifflante dans l'étendue de 3 à 4 lignes. On sent d'ailleurs dans toute la fesse, des pulsations obscures, accompagnées d'une sorte de frémissement ou de tremblement, lesquels partaient de l'échancrure sciatique et se répandaient en direction rayonnante dans toute la peau.

M. Riberi a fait saigner du bras deux fois le malade, puis appliquer des vessies de glace, et la compression sur la tumeur. Ces moyens ont dissipé presque complètement la douleur. La compression a été exercée pendant trois mois à l'aide d'un tourniquet, la fesse a repris son volume naturel ; les pulsations ont disparu complètement aux environs de la fesse, mais elles ont persisté, quoique à un moindre degré, à l'endroit de la cicatrice. On a alors appliqué un bandage sur la région et le malade est retourné chez lui où il est resté trois ans.

Vers l'été de 1838, le malade est revenu à la clinique dans le même état que la première fois ; la tumeur et les pulsations avaient repris les conditions primitives, mais le malade ne se plaignait pas de douleurs, seulement son membre était engourdi. On revient à la compression à l'aide d'un trayer et d'une pelote appropriée. Nouvelle amélioration *ut supra* ; le malade a de nouveau quitté l'hôpital.

M. Riberi n'a pas cru devoir, jusqu'à présent, tenter aucune opération sanglante.

OBSERVATION VI

Cas de John Bell (Dorveaux, *loco citato*).

Un pauvre homme marchand de sangsues eut le malheur de tomber en sortant de son bateau. De longs ciseaux pointus qu'il

avait sur lui pour son usage lui pénétrèrent dans la hanche précisément à l'endroit de l'échancrure sciatique où l'artère fessière sort du bassin. Cette artère fut blessée, il se fit une grande hémorrhagie; le malade tomba en syncope. Le chirurgien appelé n'eut pas beaucoup de peine à arrêter la sortie du sang par une plaie aussi étroite et aussi profonde et encore moins à en obtenir la cicatrice. Bientôt il se forma une tumeur considérable. Le malade quitta le nord de l'Ecosse où était arrivé l'accident. Six semaines après, il vint à Edimbourg, où il fut reçu à notre hôpital ayant une tumeur énorme à la hanche, la cuisse dans un état général de contraction, la jambe fléchie émaciée, froide et sans mouvement

Les dimensions prodigieuses de cette tumeur lui avaient fait perdre les caractères de l'anévrysme, elle ne présentait ni pulsation ni diminution de volume par l'effet de la compression. Seulement comme elle s'était accrue avec rapidité, elle s'accompagnait de beaucoup de douleurs et de la perte des mouvements du membre. Cet état fâcheux rendait le malade très docile et lui faisait souhaiter ardemment l'opération.

Il y avait peu de doute sur l'existence de l'anévrysme, mais aussi il était possible que ce fût un vaste abcès. Nous décidâmes que le malade serait apporté sur une table d'opération, qu'en incisant la tumeur dans une étendue, la peau disséquée, on pénétrerait dans le sac avec la pointe d'une lancette, que, s'il contenait du pus on l'ouvrirait largement, mais que si on découvrait que ce fût un anévrysme, une consultation aurait lieu.

Je fis une incision de deux pouces et demi; je mis à découvert l'aponévrose fascia lata, elle était très épaisse et d'une couleur bleue; au-dessous étaient les fibres du grand fessier. J'y plongeai mon bistouri et à l'instant sortirent avec force de gros caillots d'un sang noir et solide. Il restait à déterminer si une artère était décidément ouverte et quelle était cette artère. L'incision que j'avais faite à l'aponévrose pouvait être fermée avec le bout du doigt, je continuai à exprimer les caillots de la

tumeur, jusqu'à ce que je vis un sang chaud et vermeil. Alors je remplis la plaie d'une tente, je la recouvris d'une large compresse ; ayant mis le malade dans son lit, je chargeais un aide de comprimer de la main cet appareil. Tout cela fut fait à une heure, à quatre heures eut lieu la consultation et tout de suite après l'opération.

Voici ce que je retrouve de plus remarquable dans mes notes :

1^o Au moment où, ayant incisé la tumeur dans une étendue de huit pouces, je la vidais de ses caillots, le sang en sortit avec un sifflement et avec une telle impétuosité que les assistants en furent couverts. Aussitôt on remplit le sac anévrysmal avec des éponges et des bourdonnets de toute espèce. Ce tamponnement n'arrêta pas le sang qui ne sortait plus par jet, mais coulait abondamment entre les lèvres de la plaie sur tout cet appareil que plusieurs mains comprimaient. Un signe bien plus alarmant nous annonça la continuation de l'hémorrhagie. Cet homme qui d'abord n'était pas couché, mais s'appuyait sur les coudes, tomba tout à coup laissant aller sur les bords de la table ses bras sans vie et sans pouls, sa tête était pendante et livide ; il poussa deux ou trois profonds soupirs et nous le crûmes mort.

2^o Voyant qu'un coup hardi pouvait seul le sauver, je portai l'instrument tranchant en haut et en bas et je donnai à mon incision deux pieds de longueur. Je plongeai ma main dans l'anévrysme, je rejetai la grande éponge qui recouvrait l'artère, je sentis le jet du sang liquide et posai le bout de mon doigt sur l'orifice du vaisseau ouvert. J'en reconnus distinctement les pulsations ; alors seulement, je fus assuré que cet homme vivait encore. Les assistants écartèrent les bords de ce sac anévrysmal et le nettoyèrent avec soin, puis laissant mon doigt sur l'artère, je passai dessous une grosse aiguille garnie d'une ligature de manière à ce que le vaisseau fût enveloppé dans un lien que serra un aide. Je retirai mon doigt et nous vîmes clairement que c'était l'artère iliaque postérieure qui avait été coupée com-

plètement en travers, que le sang en était sorti par une large ouverture, qu'elle était coupée et liée complètement là où elle se recourbe sur l'os. Quoique les extrémités fussent froides, la face plombée, que le malade eût cessé de respirer et qu'il parût mort ; quoiqu'on ne pût sentir sur son corps des pulsations, j'en percevais de si fortes dans l'artère liée toutes les fois que je plaçais mon doigt dessus que nous n'eûmes pas de doute que ce malade ne vécût encore. Néanmoins, il était si prodigieusement affaibli qu'après avoir rapproché les bords de la plaie et appliqué le bandage nécessaire, nous fûmes obligés d'apporter un lit dans la salle des opérations, où nous le laissâmes entre les mains des élèves et des infirmiers.

Il guérit de cette immense plaie en moins de sept mois, quoique la cicatrisation en fût retardée par la suppuration énorme d'un tel sac et par la mortification de l'os des îles et du sacrum.

Cet homme quitta l'hôpital encore boiteux et marchant avec un bâton. Il se crut en état de reprendre sa profession et alla en Angleterre dans ce dessein. Le Dr Fargskarson, mon successeur à l'hôpital, l'a revu en parfaite santé et marchant solidement.

OBSERVATION VII

Cas de Carmichael (Dorveaux, *loco citato*).

Le 19 septembre 1833, appelé près d'un jeune homme de 17 ans, qui 11 jours auparavant avait reçu par accident un coup de canif à la hanche droite : la lame avait pénétré aussi loin que le manche l'avait permis. Il sortit aussitôt un jet de sang tellement impétueux qu'il alla se briser contre le mur de la chambre près duquel le jeune homme était assis.

L'hémorrhagie fut aisément arrêtée par un médecin qui demeure à quelques pas de la maison du blessé ; trois jours après, le malade impatient se leva de son lit et descendit les

escaliers. Il ressentit aussitôt une douleur aiguë à la hanche suivie d'un gonflement immédiat et qui augmenta de jour en jour, jusqu'à ce que je fusse appelé.

A l'examen. Hanche droite tuméfiée et rémittente, la peau offrant l'aspect ecchymotique. La tuméfaction empêchait de sentir le trochanter. La petite cicatrice de la plaie était située à environ un demi-pouce au-dessus de la situation présumée du bord supérieur de la grande échancrure sciatique, dans le point où l'artère fessière sort du bassin. Pas de pulsation sensible à l'œil, même à l'examen le plus attentif, mais les fortes pulsations d'une tumeur anévrysmale se manifestaient à l'oreille par l'auscultation.

On ne pouvait pas supposer cette tuméfaction due à la présence d'un foyer de pus, bien que le malade ait eu des frissons fréquents accompagnés de fièvre et d'état saburral de la langue, mais plutôt à une effusion du sang, en conséquence d'une lésion du tronc de l'artère fessière ou d'une des branches les plus volumineuses. Je prescrivis une saignée des opiacés pour calmer la douleur et de la digitale. Mais, la tuméfaction de la hanche et du membre allait toujours croissant et l'état du patient était si fâcheux qu'il réclama lui-même une opération.

Opération. — Le malade couché sur le ventre, je pratique une incision de cinq pouces de longueur commençant à un pouce au-dessous de l'épine iliaque postérieure et supérieure et à peu près à la même distance de la marge du sacrum et je la continuai obliquement en bas vers le grand trochanter. Le grand et le moyen fessier furent alors rapidement divisés ou plutôt leurs fibrés furent écartées (l'incision étant faite dans la direction des fibres), dans la même étendue que la plaie des téguments. Le sang qui constituait la tumeur apparut alors à travers le sac où le tissu cellulaire condensé qui le retrouvait. Celui-ci fut divisé dans l'étendue de l'incision, et le contenu (une ou deux livres de sang coagulé), fut rapidement enlevé avec les mains. Un large jet de sang nouveau remplit la cavité que je venais de

vider, mais l'endroit précis d'où il était venu étant reconnu, je parvins par la compression exercée avec le doigt à prévenir une effusion ultérieure. C'était évidemment le tronc de l'artère fessière qui avait été blessé précisément au point où il débouche de l'échancrure sciatique.

J'eus recours à une aiguille ordinaire d'une grande longueur ; avec cet instrument, je réussis à passer une ligature autour du vaisseau blessé, et j'introduisis de la charpie dans la plaie après m'être assuré que l'artère était parfaitement liée.

Les suites de l'opération furent favorables. Le troisième jour l'appareil extérieur fut enlevé. Le quatrième la charpie fut retirée, ce qui donna issue à du pus de bonne qualité. Le sixième la ligature tomba.

Dès lors le pus diminua tous les jours et deux mois après l'opération, la plaie marchait rapidement à sa guérison.

OBSERVATION VIII

Cas de Zenobi-Torrachi (Dorveaux, *loco citato*).

Un ancien militaire âgé de 36 ans avait reçu vers 1836, dans la région fessière, une blessure, qui avait été suivie d'une abondante hémorrhagie fort difficile à arrêter. Depuis cette époque, il s'était formé dans cette région une tumeur qui avait toujours été en augmentant et de plus en plus douloureuse.

Lorsqu'il entra à l'hôpital le 18 avril 1844, c'était pour des douleurs sciatiques qui le faisaient beaucoup souffrir. La région fessière était le siège d'une tumeur relevée, lisse, sans altération de couleur de la peau, qui s'étendait du grand trochanter au bord droit de l'ischion et de la tubérosité ischiatique jusqu'à la ligne demi-circulaire supérieure de la fosse iliaque externe. Cette tumeur était agitée par des battements très sensibles, et l'oreille percevait un frémissement obscur et profond. On apercevait une cicatrice à la partie supérieure de

la symphyse sacro iliaque correspondante. L'auteur reconnut qu'il s'agissait là d'un anévrysme de l'artère ischiatique ou de l'artère fessière.

Le malade réclamait impérieusement qu'on lui fit une opération.

Deux moyens se présentaient :

1° Lier l'iliaque interne.

2° Ouvrir la tumeur et aller à la recherche du bout inférieur et du bout supérieur du vaisseau lésé.

Après une consultation des médecins de l'hôpital, on adopta la deuxième méthode.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Une incision longitudinale de cinq pouces et demi fut faite sur la tumeur. Les battements paraissaient faibles et obscurs, ce qui confirma l'auteur dans son opinion que la tumeur était pleine de caillots d'ancienne formation. Il ouvrit hardiment le sac, mais à peine eut-il plongé le bistouri qu'un volume de sang artériel de la grosseur du bras s'échappa de l'intérieur du sac, qui ne contenait aucun caillot. Ce sac formait une vaste cavité qui se prolongeait dans le bassin. Cette circonstance rendit tout à fait impossible la ligature. Aussi l'auteur remplit-il le sac de charpie et fit-il exercer une forte compression sur la tumeur.

Trois heures après, l'hémorrhagie se montra de nouveau, et force fut de pratiquer la ligature de l'iliaque interne au moyen d'une incision semi-lunaire de cinq pouces de long qui s'étendait des fausses-côtes, jusque près de l'arcade crurale. L'auteur divisa les muscles, détacha le péritoine, les muscles psoas et iliaque et lia l'artère iliaque interne. L'hémorrhagie cessa à l'instant même. Mais, les symptômes d'affaiblissement firent des progrès continuels, les extrémités se refroidirent, il survint du délire, des vomissements et la mort eut lieu douze heures après cette dernière opération.

A l'autopsie on trouva que le sac anévrysmal se prolongeait dans le bassin par l'échancrure sciatique. L'artère iliaque

interne ne se divisait pas comme à l'ordinaire en branche antérieure et branche postérieure, mais elle formait un tronc unique qui se portait directement jusqu'à l'échancrure sciatique en diminuant graduellement de volume à mesure qu'elle envoyait des artères dans les parties voisines. Ce vaisseau avait été lié à quatre lignes en-dessus de la division de l'artère en fessière et ischiatique, de sorte que si l'opération eût réussi, la ligature eût empêché l'entrée du sang dans la tumeur anévrysmale, mais n'eût mis aucun obstacle à la nutrition des parties qui reçoivent le sang des branches fournies par l'artère avant sa bifurcation.

OBSERVATION IX

Cas du Professeur Schuh, de Vienne (Dorveaux, *loco citato*).

Un jeune homme de 19 ans, reçut dans la fesse une blessure profonde, suivie d'une hémorrhagie abondante que l'on était parvenu à arrêter. Après un séjour de trois semaines à l'hôpital, il fut renvoyé guéri. Mais il éprouva une si grande douleur en essayant de marcher qu'il rentra aussitôt.

On trouva alors une tumeur fluctuante que l'on ouvrit, croyant avoir affaire à un abcès. Le sac fut incisé puis tamponné. Le chirurgien exerça une traction sur la fessière, et amena au jour le point blessé. La piqûre semblait avoir été dans le bassin, car l'hémorrhagie ne put être arrêtée qu'en plongeant une aiguille sous les vaisseaux et le nerf en dedans de l'échancrure sciatique et en liant le tout.

Tout allait bien quand le malade mourut d'indigestion quarante-et-un jours après l'opération.

A l'autopsie tous les organes étaient sains, l'artère liée était imperméable et toutes les parties autour de la ligature solidement cicatrisées.

OBSERVATION X

Cas de J. Syme, d'Edimbourg. (Dorveaux, *loco citato*).

Un homme âgé de 44 ans, reçut en 1853, un coup de couteau dans la fesse gauche. Des flots de sang s'échappèrent de la blessure. L'hémorrhagie fut arrêtée, la blessure guérit très bien. Mais il se développa lentement une tumeur pulsatile qui finit par atteindre la grosseur d'une orange, volume qu'elle ne dépassa point jusqu'en 1860. Cette tumeur gênait fort peu le malade, elle était plutôt le sujet d'amusement pour lui et ses amis, lorsqu'elle augmenta tout à coup et devint une source de douleurs intolérables.

Diagnostic. — Anévrysme circonscrit de la fessière gauche.

Le 14 juin, Syme pratique l'ouverture du sac et lie les deux bouts de l'artère. Le 29 juillet, six semaines après l'opération, le malade est guéri.

OBSERVATION XI

Cas de M. Holmes (Dorveaux. *Loco citato*).

Un autre cas inédit d'anévrysme traumatique de la fessière s'est présenté récemment à l'infirmerie de Liverpool. Le malade était un homme de 33 ans, reçu le 21 mars 1852, pour anévrysme traumatique résultant d'une piqûre reçue six mois auparavant. Le sac ayant été ouvert et les deux bouts de l'artère liés, il guérit rapidement et quitta l'hôpital le 22 avril.

OBSERVATION XII

Cas de M. Hussey (Dorveaux. *Loco citato*)

Un homme reçoit un coup de couteau dans la fesse gauche. Il se déclare aussitôt une hémorrhagie profuse qui n'est arrêtée

que par la syncope. La blessure guérie, *trois semaines* après, on remarque près de la cicatrice un anévrysme qui augmente de volume peu à peu.

Ouverture du sac, après une vaine tentative de compression sur l'aorte, au moyen du tourniquet abdominal de Lister. Il sort une grande quantité de sang coagulé. Une artère blessée pendant l'opération donne beaucoup de sang. On lie les deux bouts de la fessière. Le malade meurt 15 jours après, épuisé par des hémorrhagies répétées.

A l'autopsie on trouve la branche descendante de l'artère fessière, blessée.

OBSERVATION XIII.

Cas de M. Tillaux (Tillaux. Traité d'anatomie topographique. 9^e édition, p. 978).

Un jeune homme âgé de 20 ans tomba du quatrième étage et fut amené à Beaujon le 8 août 1878. Je ne constatai que l'existence d'une fracture de la cuisse gauche à la partie moyenne avec une plaie correspondant à la fracture, mais sans communication avec le foyer. Un appareil fut appliqué et pendant quinze jours, le malade n'éprouva que peu de souffrance. A partir de ce moment il accusa une douleur vive à la fesse gauche. La douleur augmenta rapidement et prit une intensité extrême au point d'enlever tout repos au malade. En même temps apparut du gonflement dans la région trochantérienne. La tuméfaction s'accrut peu à peu et je constatai bientôt une tumeur, occupant toute la fesse gauche et donnant la sensation d'une fluctuation profonde. La peau présentait une teinte rouge très prononcée. Aucun symptôme ne pouvait faire penser à un anévrysme diffus. Croyant avoir affaire à un vaste abcès sous-fessier occasionné par la plaie de la cuisse, j'endormis le malade, le 22 septembre, et je pratiquai, couche par couche, une incision verticale derrière et au-dessus du grand trochan-

ter. Je m'aperçus seulement alors de mon erreur en tombant dans une poche remplie de caillots mous et noirâtres. Du milieu de l'incision verticale j'en fis aussitôt une seconde que je dirigeai horizontalement jusqu'au sacrum, en intéressant la largeur et l'épaisseur du grand fessier. Cette vaste région était décollée et remplie de caillots. J'enlevai ceux-ci rapidement avec la main et parvins sur l'échancrure sciatique après avoir déblayé la poche. Un jet de sang rutilant s'échappa de l'ischiatique au niveau du bord inférieur de l'échancrure au-dessus du muscle pyramidal. Je saisis l'artère avec une pince, mais elle était si profonde que par trois fois j'échouai dans la tentative d'y mettre un fil. Je laissai à demeure une pince hémostatique. Il existait une fracture de l'épine sciatique et l'artère avait été déchirée par une esquille dont je sentis la pointe avec le doigt. Je remplis la poche de bourdonnets de charpie, imbibés d'une forte solution phéniquée et réunis l'incision horizontale par des points de suture après avoir mis un gros drain sortant par les deux extrémités. La pince fut retirée après 48 heures. La guérison s'est effectuée lentement, mais complètement.

OBSERVATION XIV

Cas de M. Bigelow, de New-York (Dorveaux. *Loco citato.*)

La femme X..., a reçu dans la fesse droite un coup de couteau. L'artère fessière est blessée. Le sang jaillit à flots de la blessure. On arrête l'hémorrhagie, la plaie se cicatrise. *Après quelques semaines*, on constate à la partie supérieure de l'échancrure sciatique, une tumeur pulsatile, que l'on reconnaît être un anévrysme remontant jusque dans le bassin, car par le toucher rectal et le toucher vaginal, on perçoit des battements dans l'excavation. La malade accuse de l'engourdissement du membre. Bigelow lie l'hypogastrique, huit jours après, l'opérée meurt de péritonite.

L'autopsie confirme le diagnostic. On trouve un anévrysme composé de deux parties, l'une extérieure au bassin, l'autre située dans la substance du pyramidal, à l'intérieur du bassin.

OBSERVATION XV

Cas de Gallôzzi (Dorveaux. *Loco citato*).

Un jeune homme reçoit dans une rixe un coup de couteau à la fesse droite, hémorrhagie abondante; la plaie se cicatrise; quatre mois et demi après, on constate à cette plaie une tumeur énorme, pulsatile et soufflante, s'étendant verticalement de la crête iliaque au pli fessier, et horizontalement de l'arcade crurale à la crête sacrée. La compression de l'aorte est trop douloureuse pour permettre d'injecter du perchlorure de fer; on n'ose pas ouvrir l'anévrysme à cause de son volume. Alors Gallozzi lie l'hypogastrique. Chute de la ligature le 18 février. La guérison marche bon train jusqu'au quarantième jour; à cette époque l'anévrysme devient le siège d'un abcès qui est ouvert. Guérison en trois mois.

OBSERVATION XVI

Autre cas de Gallozzi (Dorveaux. *Loco citato*).

Jeune homme de 16 ans, présentant un anévrysme traumatique de l'artère fessière droite. La grosseur de l'anévrysme et l'anémie du malade ne permettent pas de le traiter par la méthode d'Anthyllus. Gallozzi lie l'iliaque interne droite le 3 avril 1872. La ligature tombe 18 jours après l'opération. Quelques symptômes de pyohémie. Guérison le 27 juin.

OBSERVATION XVII. (R ésumée.)

Cas de Pirogoff. (Dorveaux, *Loco citato*)

Un orfèvre fait une chute sur la pointe d'une lime qui lui était entrée dans la fesse. L'inflammation des parties lésées fit diagnostiquer un phlegmon, qui fut profondément incisé une première fois, puis une deuxième fois plus profondément encore sans atteindre le sac. Pirogoff répéta l'incision, qui pénétra à une profondeur de trois pouces, quand un flot de sang artériel vint l'éclairer sur la nature de l'affection.

L'iliaque primitive fut liée pour arrêter l'hémorrhagie. Le malade mourut. Le vaisseau blessé se trouva être une branche de la fessière.

OBSERVATION XVIII,

Blessure du nerf sciatique

(Due à l'obligeance de M. le Dr Paul Delbet, chef de clinique chirurgicale de la faculté.)

Le nommé M. rentre le 9 février 1900, à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, n° 38.

Ce malade présente deux ulcérations du pied, l'une siégeant sur le gros orteil gauche, l'autre sur le bord interne du pied du même côté.

Ces ulcérations sont superficielles, entourées d'un bord légèrement surélevé. Le fond est sanieux, suintant, mais suppure peu.

Des deux ulcérations, l'une, celle qui répond à l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil, a une forme généralement arrondie et de la dimension d'une pièce de 20 centimes environ ; l'autre située sur le bord interne du pied à 6 centimètres en arrière de la première, est ovale, à grand axe antéro-postérieur.

L'exploration de la sensibilité permet de constater la disparition de la sensibilité à la douleur. Le malade a conservé la sensation de contact. Le membre est atrophié ; toutefois dans ce premier examen, on n'attache pas une très grande importance à ce symptôme.

Rien dans les urines.

Pas de troubles de la santé générale.

Le malade présente ces ulcérations depuis environ cinq mois et les attribue à une fatigue excessive.

Le malade présente tous les symptômes du mal perforant plantaire. C'est ce diagnostic qui fut porté.

Le 14 février, M. Delbet, chef de clinique chirurgicale, pratique l'élongation du nerf tibial postérieur derrière la malléole.

Mais cette opération n'est suivie d'aucune amélioration. En examinant le malade pour rechercher la cause de cet échec, en recherchant l'état des réflexes, en cherchant s'il n'existait pas de lésions nerveuses centrales, M. Delbet est frappé de l'atrophie du membre inférieur, atrophie remontant jusqu'au niveau de la cuisse.

Accidentellement, on constate, au niveau de la partie moyenne de la fesse gauche, une cicatrice peu apparente de 4 centimètres de long.

En interrogeant le malade, qui, jusqu'alors, n'avait pas parlé de cet accident, on apprend qu'il s'est blessé au niveau de la cuisse 4 ou 5 ans auparavant. Il s'est blessé profondément et cette plaie a été suivie d'une hémorrhagie considérable.

Le malade se rendit chez un pharmacien et l'hémorrhagie ne cède qu'à un tamponnement très serré, mais le malade ignore quelles sont les substances employées par le pharmacien. La fesse resta gonflée pendant quelque temps puis tout rentra dans l'ordre, du moins en apparence.

Le siège de cette cicatrice est au milieu de la fesse. Sa profondeur et l'atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse fit faire le diagnostic de plaie du nerf sciatique. Le malade fut

montré à M. le professeur Le Dentu qui confirma ce diagnostic.

Le 20 février, M. Le Dentu fait une incision parallèle à la cicatrice, longeant cette cicatrice et conduisant dans la profondeur sur le nerf sciatique à 4 cent. environ au-dessous de l'échancrure sciatique.

Le nerf n'est pas sectionné, mais il est serré et étranglé dans une gaine cicatricielle. Le nerf est prudemment dégagé, et on procède à son élongation en soulevant le nerf sur une sonde cannelée à une hauteur de 6 cent.

Remarque. — Il aurait été intéressant de connaître la suite de l'histoire de ce malade, malheureusement, depuis la sortie de l'hôpital, qui eut lieu quelques jours après cette dernière opération, il a été impossible de suivre ses traces.

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. Menet, interne à l'hôpital Bichat.)

Le nommé B... Alexandre, 20 ans, rentre le 23 mai 1900 à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay n° 8.

Cet homme avait reçu un coup de couteau à la fesse gauche, dans la région de la grande échancrure sciatique et à la fesse droite, au niveau de bord inférieur du grand fessier. Cette dernière plaie est très superficielle et ne donne lieu qu'à un écoulement sanguin insignifiant. Quant à la plaie de la fesse gauche, elle fut tamponnée par l'interne de garde, celui-ci n'ayant constaté chez le blessé aucun signe d'hémorrhagie interne.

Le matin, à la visite, M. Menet, interne du service, constate que le pansement est traversé par le sang et que le malade présente tous les signes graves d'une hémorrhagie interne.

L'opération fut pratiquée d'urgence par M. Mauclair, qui fit une incision prolongeant la plaie oblique de la fesse gauche. Il tomba immédiatement au-dessus du ligament sacro-sciatique, dans la cavité pelvienne, et trouva là une poche grosse comme une mandarine et pleine de caillots.

Etant donné qu'il s'agit alors, probablement, d'une plaie de l'hypogastrique ou d'une de ses grosses branches, M. Mauclore se décide à lier l'iliaque interne par voie sous-péritonéale. La plaie postérieure ne saigne plus.

Guérison consécutive.

B) Observations de plaies intra-pelviennes.

OBSERVATION XX

ABBOTT. *Lancet*, 21 janvier 1899, p. 155 (Coup de feu du petit intestin, de la vessie et du rectum).

Le malade fut admis à l'hôpital le neuvième jour. L'instrument vulnérant est entré par la région iliaque gauche et est sorti par la fesse droite au niveau de la grande échancrure sciatique.

Il n'y avait pas de signes de péritonite généralisée.

Par l'orifice antérieur, qui était bourbeux, s'écoulait de l'urine qui s'infiltrait dans la peau. L'orifice de sortie avait une coloration verdâtre; il était impossible, par lui, de communiquer avec la vessie, néanmoins, l'urine sortait par saccades.

On fit, du côté gauche, une incision de haut en bas, partant de la blessure, mettant ainsi à nu une cavité pleine de pus, et renfermant, en outre, des tissus mortifiés. On introduisit un

long tube, par lequel s'écoulait l'urine pour se jeter dans un récipient placé sous le lit du malade.

Au rectum, on trouva deux plaies, l'une antérieure, communiquant avec la vessie, et l'autre postéro latérale, correspondant avec l'orifice de sortie dans la fesse. Cette dernière plaie fut ouverte, les tissus sphacelés furent enlevés et la cavité fut bourrée de gaze.

Au onzième jour, il y avait, par la plaie antérieure, un énorme écoulement de pus, de sang et d'urine. Une sonde fut alors assujettie dans la vessie.

Le douzième jour, le sphacèle fut enlevé, laissant une ouverture, à deux pouces au-dessus du pubis, et assez étroite pour laisser, à peine, passer le petit doigt. Ce canal fut suivi et on mit à nu la cavité pelvienne remplie de tissus sphacelés, de pus et de matières fécales. Les intestins étaient soulevés et retenus au-dessus du pubis par de solides adhérences. La vessie avec sa sonde était à droite. En la pressant, il s'écoula un flot d'urine.

La blessure de la fesse continua à se cicatriser.

Un large drain fut introduit dans la profondeur de la cavité pelvienne.

La mort survint le quatorzième jour.

On reconnut, à l'autopsie, qu'une balle mauser avait traversé le petit intestin, la vessie, le rectum, et était sortie par la fesse. Les lésions produites étaient petites et à sections nettes. Le sphacèle était secondaire et consécutif à des accidents de septicémie.

OBSERVATION XXI (résumée).

HABGOOD. *British. Médic. Journ.* II. 1887, p, 1279.

P. J..., 21 ans, entre à l'hôpital le 19 juillet 1887. Cet homme se promenant à proximité d'un champ de tir, la main

gauche dans la poche de son pantalon, fut atteint par une balle à la fesse droite à trois pouces à droite de l'anus et à un pouce et demi en arrière.

La balle avait traversé la grande échancrure sciatique et blessé le rectum, à environ trois pouces de l'anus. Elle avait rasé la partie postérieure de la vessie et finalement était venue sortir par le trou obturateur du côté opposé, traversant la peau en un point situé à un quart de pouce de la partie interne de l'artère fémorale. Elle a ensuite traversé le pouce gauche après avoir ouvert l'articulation métacarpo-phalangienne.

L'hémorrhagie fut très abondante.

A son entrée à l'hôpital, le malade était en état de shock et affaibli par l'hémorrhagie.

Sous l'éther on put explorer le trajet de la balle. Du sang artériel s'échappait de la blessure de la fesse, du sang veineux, de celle de l'aîne. Il ne sortait par la plaie, ni urine, ni matières fécales. Un doigt introduit dans le rectum, découvrit deux larges blessures, à trois pouces au-dessus de l'anus. Un autre doigt passait à travers la blessure de l'aîne et le trou obturateur.

Le malade avait, en outre, une blennorrhagie.

On le mit à la diète liquide, à la morphine et à l'opium pour calmer la douleur.

Six heures après l'accident, le malade eut une violente douleur à l'épigastre. Le lendemain, le malade, qui avait relativement passé une bonne nuit, souffrait moins. Il supporte bien les aliments.

On lui passa un tube dans le rectum par l'anus pour voir si du pus s'était collecté; il n'en sortit pas, mais il s'en écoula par la blessure pelvienne.

Deux jours après, la température baisse et le malade demande à manger.

Le malade alla bien jusqu'au deuxième jour lorsque la température remonta subitement. Cette élévation de tempé-

rature était due à une orchite du testicule gauche qui était très douloureux au toucher.

L'écoulement urétral avait cessé.

Le drain fut enlevé, les deux blessures étant presque cicatrisées.

On fit au malade une injection de morphine et il passa une nuit calme ; à partir de ce moment le malade alla mieux. Le quatorzième jour, la blessure pelvienne postérieure était guérie ; on supprima l'opium et le seizième jour on donna au malade des aliments solides. Il alla de mieux en mieux jusqu'au dix-huitième jour, époque à laquelle ses blessures étaient guéries, et le malade quitta l'hôpital le quarante et unième jour complètement rétabli.

OBSERVATION XXII

HABGOOD (*British. Méd. Journ.* II, 1887, p. 1280).

A propos de la guerre américaine, Habgood rapporte un cas dans lequel la balle a pénétré par le trou obturateur, a perforé le rectum et est sortie par l'échancrure sciatique du côté opposé.

Le malade mourut le trente-neuvième jour d'hémorrhagie secondaire, consécutive à la rupture d'une des artères hémorrhoïdales inférieures

OBSERVATION XXIII.

PERRIN, *Société anatomique*, 1854, p. 21.

M. Perrin présente la vessie d'un homme de soixante-dix ans, ancien militaire dont voici l'histoire :

En 1811, il reçut un coup de feu dans la région hypogastrique. La balle passa à travers la symphyse pubienne et vint sortir un peu au-dessus de la grande échancrure sciatique.

Pendant quelques jours, il y eut écoulement d'urine par l'orifice d'entrée et par l'orifice de sortie de la balle ; puis l'urine cessa de s'écouler, la plaie postérieure se cicatrisa. La plaie antérieure suppura pendant un an ; des végétations poussèrent sur ces bords ; on les excisa, on les cautérisa, enfin la plaie antérieure guérit à son tour.

Pendant trente-huit ans, le malade ne ressent aucun symptôme de ce côté.

En 1849, se manifestent des symptômes de catarrhe vésical. Il entre plusieurs fois à l'infirmerie pour se faire soigner de cette affection, et une dernière fois, il y a une dizaine de jours.

On sent à la région hypogastrique une tumeur assez volumineuse, rénitente. L'urine est purulente ; le malade se plaint de douleurs s'irradiant dans les reins. Le cathétérisme est pratiqué ; il s'écoule par la sonde de l'urine purulente, d'une odeur ammoniacale, mais la tumeur de l'hypogastre ne se vide pas complètement.

Quelques jours après apparaissent les symptômes d'une péritonite grave : petitesse du pouls, face grippée, vomissements, douleurs de l'abdomen, s'exaspérant par la pression, etc. Deux jours après, le malade meurt.

Autopsie. — Le bassin est rempli par une énorme poche fluctuante, adhérente en avant à la symphyse pubienne et aux muscles abdominaux, en arrière au sacrum, sur les côtés au détroit supérieur du bassin, remplissant et dépassant même, en haut, la cavité pelvienne. Les parois de cette vaste collection sont épaisses. On l'incise ; il en sort plus d'un litre et demi d'urine purulente.

Cette poche est divisée en deux loges ; une antérieure qui est formée par la vessie avec tous ses caractères, une postérieure à parois épaisses, comme fibro-cartilagineuses, communiquant avec la première par une large ouverture pouvant sans peine admettre trois doigts. Cette seconde loge est un vaste kyste urinaireux.

Le rectum est dévié à gauche, un peu aplati ; mais on le détache aisément de la tumeur, avec laquelle il n'a pas contracté d'adhérence.

La prostate est volumineuse, elle fait relief de chaque côté du col de la vessie, elle est séparée en deux lobes qui circonscrivent assez bien le canal de l'urèthre. Ce canal est placé, chose digne d'être notée, à la partie inférieure des deux lobes prostatiques et très large en cet endroit.

On trouve bien, à la partie latérale et postérieure du bassin, une cicatrice déprimée et un cordon fibreux se prolongeant jusqu'à l'os coxal : c'est l'ouverture de sortie de la balle. On voit manifestement, sur l'os lui-même, que la balle a passé à quelques millimètres au-dessus de la grande échancrure sciatique.

Quant à l'ouverture d'entrée, on ne la trouve pas.

En considérant le trajet qu'a dû suivre la balle, l'écoulement d'urine qui a suivi ce coup de feu, l'épaisseur des parois de la poche qui est annexée à la vessie, l'orifice de communication de la vessie avec le kyste urinaire, il ne peut s'élever aucun doute. La formation de cette poche remonte à 1811, époque de la blessure, elle est due à la plaie que la balle a faite à la vessie.

OBSERVATION XXIV.

LARUE. *Thèse de Paris*, 1871, observation V. p. 22.

Barthe, soldat au 68^e de ligne, a reçu, pendant qu'il était agenouillé sur le genou droit, une balle qui entre dans la région abdominale à 5 cent. au-dessus de la symphyse pubienne et qui sort à la fesse droite au niveau de la grande échancrure sciatique.

Aucun organe important n'est lésé sauf le sciatique : sa blessure détermine : l'insensibilité du côté externe de la jambe et du pied ; des douleurs vives de la jambe droite et des orteils ;

L'infiltration sanguine du bas-ventre et du scrotum ;

La paralysie de tout le membre inférieur, surtout des muscles antérieurs de la jambe qui ne peuvent relever le pied.

Le malade est électrisé du 20 septembre au 20 décembre.

La jambe est fléchie sur la cuisse.

La douleur diminue.

Les orteils seuls font quelques mouvements, mais le pied est complètement immobile.

OBSERVATION XXV (Résumée)

Due à l'obligeance de M. le docteur Picqué.

M. le docteur Picqué rapporte le cas suivant: Un homme passant avenue de l'Opéra, reçut une balle de revolver, qui, ayant pénétré par l'échancrure sciatique, alla blesser la vessie ; cette blessure fut diagnostiquée par l'hématurie et la rétention d'urine ; la balle sortit ensuite par la paroi abdominale.

M. Picqué, qui vit le blessé quelques instants après, agrandit la plaie d'entrée du projectile, fit, dans le trajet, des lavages antiseptiques et des tamponnements.

Les deux plaies se cicatrisèrent assez rapidement.

CONCLUSIONS

I. *Division.* — Les plaies de l'échancrure sciatique peuvent se diviser en :

a) Superficielles ou non pénétrantes ou extra-pelviennes.

b) Profondes, pénétrantes, intra-pelviennes.

Dans les plaies superficielles, les lésions peuvent porter (outre le tissu cellulaire sous-cutané, et le tissu musculaire), sur les vaisseaux et nerfs qui émergent de l'échancrure sciatique, c'est-à-dire :

1°. Sur les *trois artères* :

Fessière,

Ischiatique,

Honteuse interne et sur leurs branches superficielles.

2°. Sur les *veines* collatérales de ces artères.

3°. Sur les *nerfs*, qui suivent plus ou moins exactement le trajet de ces artères, et qui sont :

Nerf fessier,

— grand sciatique,

— petit sciatique,

— honteux interne.

4°. Sur les *vaisseaux lymphatiques*, qui, de cette région vont se jeter dans le réseau hypogastrique.

Dans les plaies profondes ou intra-pelviennes, les lésions peuvent porter sur ces mêmes organes à l'intérieur du bassin, mais elles peuvent aussi et surtout intéresser tous les organes intra-pelviens : vessie, rectum, utérus, péritoine, intestin.

D'où, deux ordres de lésions, parfaitement définies, que nous aurons à étudier :

- 1°. Lésions extra-pelviennes ;
- 2°. — intra-pelviennes.

II. — *Les symptômes* se diviseront en :

- 1°. Signes précoces (anévrismes diffus, syncopes) ;
- 2°. — tardifs (anévrismes circonscrits).

III. — *Les complications* sont de deux ordres :

a) *Complications générales* (hémorrhagies graves, syncopes symptomatiques de ces hémorrhagies).

b) *Complications locales ou de voisinage*.

Nous diviserons ces dernières en :

1°. *Extra-pelviennes*. — Inflammation de l'anévrisme diffus, décollement des muscles et aponévroses, compressions nerveuses, etc.

2°. *Intra-pelviennes*. — Péritonites et blessure des organes pelviens.

IV. — *Le pronostic* est très grave dans les plaies extra-pelviennes, il est encore beaucoup plus grave dans les plaies intra-pelviennes.

V. — *Au point de vue du traitement*, deux cas peuvent se présenter :

1°. L'écoulement est considérable et la perte de sang peut provoquer des syncopes graves symptomatiques d'une hémorrhagie interne.

Dans ce cas, si, par une grande incision, on ne peut trouver les deux bouts de l'artère blessée, il ne faudra pas s'attarder en compressions et en tamponnements inutiles, mais recourir aussitôt à la ligature de l'hypogastrique.

2°. L'écoulement sanguin au dehors est insignifiant.

On peut encore ici se trouver en présence de deux cas :

a) *Il n'y a pas de signes d'hémorrhagie interne.*

Dans ce cas, on fait une légère compression.

b) *Il y a des signes d'hémorrhagie interne.*

Alors on débridera rapidement la plaie et si on ne trouve pas, de suite, l'artère qui donne, on aura recours, comme plus haut, à la ligature de l'hypogastrique.

Quant aux lésions intra-pelviennes, leur traitement nécessite la laparotomie et principalement la suture de l'organe perforé, comme dans tous les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésions viscérales.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DENTU.

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABBOTT. — *Lancet*, 21 janvier 1899, p. 155.
- ANNEQUIN. — Recueil de chirurgie militaire, décembre 1878, p. 566.
- BAUDET et KENDIRDJY. — Ligat. de l'artère hypogastr. et de son application thérapeutique dans les anévrysmes fessiers. (*Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} avril 1899.)
- BIGELOW. — *Americ. Journ. of Med.*, 1849.
- BOUISSON. — Mémoire sur les lésions des artères fessière et ischiatique et sur les opérations qui leur conviennent. (*Gazette Médicale de Paris*, 1845, n^{os} 11, 12, 13.)
- CHARSOT. — Article sciatique (in *Dict. Dechambre*).
- PIERRE DELBET. — Traitement des anévrysmes externes. Paris 1889. *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, tome iv.
- DORVEAUX. — *Thèse* de Nancy, 1880.
- FARABEUF. — Diction. encyclopédique des sciences médicales, art. fessière, 1877.
- FISCHER. — Die Wunden und Anevrysmen der art. glutea, und Isch. In *Archiv. für Klin. Chir. von Langenbeck*, 1869.
- GUTHRIE. — *London Médic. Gazette*. XIV.
- HABGOOD. — *British medic.*, Journ. II, 1887, p. 1279.
- LARUE. — *Thèse* de Paris, 1871.
- LAUGIER. — Diction. de Jaccoud, art. fesse, 1871.
- NÉLATON. — *Gazette des Hôpitaux*, 1862, p. 141. *Tr. de pathologie*, 2^e édition, 1861, tome 1.
- NIMIER et LAVAL. — De l'infection en chirurgie d'armée, Paris,

libr. F. Alcan, 1900.

PERRIN. — Société anatomique, 1854, p. 21.

QUÉNU. — *Bull. de la Société de Chirurgie*, 2 nov. 1898.

SAMUEL COOPER. — Dict. of. Surgery. Londres 1838.

SIMON. — *Thèse de Paris*, 1899.

TILLIAUX. — *Traité d'anatomie topographique*,

TROTIN. — *Thèse de Paris*, 1898-1899.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
